

Eesti Arst 2002; 81 (11): 705–709

Eesti arstide arusaamu üleminekueast ja vastutuse jagunemisest selle käsitlemisel

Tiina Karttunen¹, Sirpa-Liisa Hovi¹, Helle Karro², Elina Hemminki¹ – ¹Soome sotsiaal- ja tervishoiuala uurimis- ja arenduskeskus, Helsingi; ²TÜ naistekliinik

üleminekuiga, üleminekuea häirete ravi, arstide arusaamad, koolitus, tööjaotus

Üheks oluliseks naiste tervishoiu valdkonnaks on üleminekueaga kaasnevate häirete käsitus ja ravi. Arstide suhtumine klimakteeriumisse ja ravi vajalikkusesse sellel perioodil on erinev. Samuti pole selge, kas klimakteerilisi häireid peaks ravima günekoloog või perearst. Artiklis on analüüsitud Eesti naistearstide ja perearstide suhtumist üleminekueasse, nende hinnanguid erinevate ravimeetodite, omavahelise tööjaotuse ja erialase koolituse kohta.

Klimakteeriumi võib mõista kui naise elu juurde kuuluvat loomulikku üleminekuetappi või kui süvenevat östrogeenivaegust, mis ilma ravita kiirendab organismi vananemist. Klimakteeriumi puudutavad arusaamad ja kogemused on kultuuriti erinevad. Peri- ja postmenopausis rakendatav hormoonravi on muutunud viimastel aastakümnetel tavaliseks. Selle kohta, kuidas mõjub postmenopausaalne hormoonravi tervisele, on esitatud erinevaid arvamusi, kuid pikaajalised kliinilistel katsetel põhinevad uurimused siiski puuduvad. Eestis alustati 1998. a randomiseeritud kontrolliga kliinilist uuringut (RCT), mille eesmärgiks on selgitada pikaajalise postmenopausaalse hormoonravi mõju naise tervisele ja heaolule. Selle projekti ühe osana uuriti küsitluse teel Eesti arstide arusaamu üleminekueast ja selle perioodi ravist ning sooviti teada nende arvamust klimakteeriumialase koolituse sobivuse ja piisavuse kohta.

Uurimismaterjal ja -meetodid

2000. a novembris tehtud postiküsitlusel saadeti ankeedid üle Eesti juhuslikkuse põhimõttel valitud 500 naistearstile ja perearstile. Kahe meeldetuletuse järel tagastas ankeedi 342 arsti, kellest 21 (6%) saatis selle täitmata kujul. Vastamisprotsendiks oli 68%. Vastanute hulgas oli 155 naistearsti ja 166 perearsti. Vastajate anonüümsuse tagamiseks jäeti ankeedid nummerdamata ja ankeedi tagasisaatmisel

paluti panna oma nimi eraldi suletud ümbrikusse. Ankeete ja nimeümbrikke käsitseti eraldi. Vastuseid analüüsiti kutserühmade kaupa. Erinevuste statistilist olulisust kontrolliti χ^2 -testiga.

Tulemused

Et selgitada suhtumist üleminekueasse, küsiti, millist laadi eluetapiks klimakteeriumi peetakse (vt tabel 1). Pisut üle kahe kolmandiku nii naistearstidest kui ka perearstidest valis vastuse "eluetapp, mille puhul on tihti vajalik ravi". Kõige suurem erinevus rühmade vahel avaldus selles, et 25% perearstidest ja vaid 14% günekoloogidest arvas, et üleminekueas pole üldiselt ravi vajalik. Erinevus arstide kutserühmade vahel oli statistiliselt oluline ($p = 0,010$).

Klimakteerilisi häireid kergendavate ravimeetodite olulisuse kirjeldamisel hindasid vastajad eluviisi muutusi ning arstimist ja teistel meetoditel põhinevat ravi skaalal "väga tähtis", "üsna tähtis", "pole tähtis", "ei tea" (vt tabel 2). Kõige tähtsamate ravi-meetoditena tõsteti esile hormoonravi ja liikumist. Suurem osa vastajatest pidas väga tähtsaks ka vestlust ja nõustamist ning suitsetamise piiramist. Naistearstid pidasid hormoonravi tähtsamaks kui perearstid. Perearstid nimetasid günekoloogidest sagedamini antidepressante üsna tähtsaks ravivahendiks. Unerohtude kasutamise suhtes olid mõlemad kutserühmad ebakindlad, kuigi günekoloogid pidasid neid perearstidest sagedamini üsna

Tabel 1. Arstide suhtumine klimakteeriumisse (%)

	Naistearstid (n = 155)	Perearstid (n = 166)
Eluetapp, mille puhul pole vaja mingit ravi	1	0
Eluetapp, mille puhul on tavaliselt vajalik ravi	14	25
Eluetapp, mille puhul on tihti vajalik ravi	70	68
Eluetapp, mille puhul on alati vajalik ravi	9	4
Muud /Valinud 2 varianti / Andmed puuduvad	6	3
Kokku	100	100

Erinevus naistearstide ja perearstide suhtumises statistiliselt oluline: $p < 0,05$.

Tabel 2. Arstide arusaamad erinevate ravimeetodite olulisusest klimakteeriliste häirete ravis (%)

	Väga tähtis		Üsna tähtis		Pole üldse tähtis		Ei tea / Andmed puuduvad		Kokku	
	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P
Hormoonravi ***	90	72	9	26	0	0	1	2	100	100
Unerohud *	0	0	39	31	34	49	27	19	100	100
Antidepressandid ***	1	3	60	80	18	8	21	9	100	100
Kaltsiumipreparaadid	48	37	38	48	6	8	8	7	100	100
Vitamiinid	33	26	51	62	7	7	9	5	100	100
Mikroelemendid	30	27	56	63	6	6	8	4	100	100
Dieet	44	36	49	54	2	5	5	5	100	100
Liikumine	84	78	14	19	0	0	2	3	100	100
Kofeiini sisald. ainete piiramine	23	22	51	52	9	13	17	13	100	100
Suitsetamise vähendamine	60	64	28	25	3	4	9	7	100	100
Vestlus, nõustamine	67	64	22	28	0	2	11	6	100	100
Füsioteraapia	3	2	21	21	40	52	36	25	100	100
Akupunktuur	1	1	28	27	19	27	52	45	100	100
Lõõgastusravi ***	7	18	41	55	8	6	44	21	100	100

Omavahel on võrreldud naistearste ja perearste. Statistilised erinevused on märgitud järgmiselt:

*** $p < 0,001$ * $p < 0,05$.

N = naistearstid (n = 155), P = perearstid (n = 166).

Kõige sagedamini nimetatud tähtsuste on vastava raviviisi puhul esitatud paksemas kirjas.

oluliseks. Füsioteraapia, akupunktuuri, lõõgastusravi ja jooga puhul valiti tihti vastus "ei tea" või ei vastatud üldse. Lõõgastusravi tähtsuse suhtes puudus arvamus sagedamini günekoloogidel. Osa vastajatest soovitas ka looduslikke ravivahendeid ja tooteid ning vesiravi.

Vastutuse jaotumisega seotud arusaamade väljaselgitamiseks küsiti, kes vastutab klimakteeriliste häirete ravi eest. Vastusevariandid olid naistearst, perearst, ämmaemand või keegi muu. Vastajal oli võimalus valida korraga mitu varianti ehk pidada seda mitme spetsialisti ühiseks tööks. 99% güneko-

loogidest pidas klimakteeriumi enda ja 55% lisaks ka perearstide ülesandeks. Perearstidest arvas 81% selle teema enda ja 86% günekoloogide kompetentsi kuuluvaks. Teiste spetsialistide vastutusalasse ravi ülemineku eas ei liigitatud. Ravivastutuse jaotumise konkretiseerimiseks küsiti, kuidas toimib arst patsiendiga, kellel esineb klimakteerilisi vaevusi. 94% perearstidest ja 18% günekoloogidest vastas (ainukese abinõuna või lisaks teistele ravimeetoditele), et saadab patsiendi mõne teise eriarsti juurde. Perearstid saatsid patsiendi kõige sagedamini günekoloogi juurde. Günekoloogid

Tabel 3. Klimakteeriliste häirete ravi käsitlemine üld- või erialakoolituses ning klimakteeriliste häirete ravi täiendus- ja lisakoolituse piisavus (%)

	Naistearstid (n = 155)	Perearstid (n = 166)
Üld- või erialakoolituses ^{a)}		
Käsitleti ja teadmised vastavad praegustele vajadustele	30	39
Käsitleti, aga teadmised ei vasta praegustele vajadustele	60	44
Ei käsitletud	5	11
Ei mäleta / Andmed puuduvad	5	6
Kokku	100	100
Täiendus- ja lisakoolituse piisavus ^{b)}		
Piisavalt	96	36
Liiga vähe	3	54
Pole üldse	0	7
Ei ole vajanud	0	1
Andmed puuduvad	1	2
Kokku	100	100

^{a)} Erinevus naistearstide ja perearstide vahel oli statistiliselt oluline ($p < 0,01$), kui variandid "ei käsitletud üldse" ja "ei mäleta" liideti.

^{b)} Erinevus günekoloogide ja perearstide vahel oli statistiliselt oluline ($p < 0,001$).

nimetasid nt mammoloogi, röntgenoloogi ja kardioloogi.

Vastajatelt uuriti, kas üld- ja erialakoolituses oli klimakteeriliste häirete ravi käsitletud, ja kui oli, kas saadud teadmised on kooskõlas tänapäevaste vajadustega (vt tabel 3). Teemat oli käsitletud mõlema eriala puhul ülikooliõpingute ajal, aga 60% günekoloogidest ja 44% perearstidest pidas saadud teadmisi praegusel ajal ebapiisavaks. Uuriti ka saadud täienduskoolituse piisavust (vt tabel 3). Peaaegu kõik naistearstid vastasid, et on saanud klimakteeriliste häirete alal piisavalt täienduskoolitust. Perearstidest vastas samamoodi kolmandik. Liiga väheseks ei pidanud saadud täienduskoolitust günekoloogidest peaaegu keegi. Seevastu perearstidest vastasid pooled, et täienduskoolitus on olnud liiga vähene ja 7% ei olnud täienduskoolitust üldse saanud. Erinevus kutserühmade vahel oli statistiliselt oluline ($p < 0,001$).

Arutelu

Kirss ja Tuimala (1) uurisid 1997. aastal juhusliku postiküsitluse teel 50–60aastaste Eesti naiste ($n = 800$) klimakteerilisi häireid. Nad leidsid, et 63% naistest esinesid kuumahood, 50% higistamine ning 35% masendus ja ärritus. Arstide arusaamad

klimakteeriumi kohta on samalaadsed. Pidas ju 75% vastanud arstidest klimakteeriumi eluetapiks, mis eeldab tihti või alati ravi. Samasugused tulemused arstide seisukohtadest klimakteeriumi osas on saadud ka mujal maailmas (2, 3).

Kuigi klimakteerium põhjustab paljudele naistele suhteliselt suuri vaevusi, on pidevaid vaevarikkaid häireid eeltoodust vähem. Näiteks, 1998. aastal Eestis toimunud teises küsitluses teatas 28% 50–60aastastest naistest, et nad on kannatanud viimase kahe nädala jooksul kuumahoogusid, 31% esines higistamist, 24% ärritust ja 22% masendust (Hovi jt, avaldamata materjal 2002). Vaevuste hulk oli seega väiksem kui Kirsi ja Tuimala uurimuses (1). Norras leiti laiaulatusliku küsitluse põhjal, et klimakteeriline sündroom piirdus 45–50aastaste naiste puhul ülemäärase higistamise, kuumahogude ja tupekuivusega (4). Teised seoses klimakteeriumiga sageli nimetatud häired olid ebaselgemad. Kuigi menopausi perioodil suurenesid vasomotoorsed häired, tupekuivus, südamepekslemine ja sotsiaalsed probleemid, oli peaaegu ühel neljandikul naistest neid häireid pärast menopausi vähem kui enne seda (5). Jõuti järeldusele, et valitsev arusaam menopausist kui vaid negatiivsete tervisemuutustega seotud nähtusest pole

õige. Arstide arusaamu klimakteeriumist kui häirivast eluetapist näib mõjutavat see, et oma töös puutuvad nad kokku enamasti vaevuste all kannatavate naistega. Vaevusteta naistel pole abi vaja otsida.

Vaevus on subjektiivne kogemus. Kui see on pidev või esineb sageli, tuleb olukorrale reageerida. Milline siis peaks olema võimalik ravi? Üht ainuõiget vastust ilmselt ei ole. Kuigi häireid vallandavaks teguriks peetakse tihti östrogeenivaegust, ei tulene mitte kõik menopausiga seotud ja pärast seda ilmnevad sümptomid munasarjade tegevuse muutustest (6). Samal ajal vananeb kogu endokrinoloogiline süsteem, terve organism. Uuritud on liikumise ja hormoonravi mõju üleminekuea vaevustele. Hammar jt (7) leiavad, et võrreldes kehaliselt aktiivseid 52–54-aastaseid naisi kontrollrühmaga, esineb esimestel kuumahoogusid ja higistamist harvemini. Katseline uurimus on näidanud, et häiretega naiste puhul suurendab östrogeen heaolu, aga häireteta naistele ei anna see mingit lisaväärtust (8, 9). Selles suhtes vastasid Eesti arstide arusaamad klimakteeriliste häirete ravivõimaluste kohta tehtud uurimustele, sest hormoonravi ja liikumist peeti kõige olulisemateks ravimeetoditeks. Küsitluses peeti tähtsaks ka teisi raviviise. Väga või üsna tähtsateks teguriteks peeti nt suitsetamise vähendamist, toitumisega seotud küsimusi (dieet, kofeiini vältimine) ning vestlusi ja nõustamist (10). Tulemused sarnanesid Soomes 1995. a günekoloogidele ja üldarstidele tehtud küsitluse resultaatidega (11). Küsitletutest 65% soovitas tegeleda liikumisega. Vestlusterapiat soovitas 46%, mõnuaineid puudutavat nõu andis 41% ja dieedi osas jagas juhiseid 36% vastanutest. 88% günekoloogidest ja 67% üldarstidest pidas peamiseks ravimeetodiks hormoonravi. Eestiski pidasid günekoloogid hormoonravi tähtsaks klimakteeriliste häirete ravimeetodiks märgatavalt rohkem kui perearstid. Võrreldes teiste arstidega suhtuvad günekoloogid hormoonravisse palju positiivsemalt – see on selgunud ka paljudest teistest uurimustest (3, 12, 13).

Küsimusele, kuidas toimida klimakteeriliste häirete all kannatava patsiendiga, vastas 94% perearstidest (ainukese abinõuna või lisaks teistele ravivormidele),

et ta suunab naise eriarsti juurde, kelleks enamasti oli günekoloog. Võrreldes Hollandiga on see arv suur: seal suunab vaid 3% üldarstidest (GP) patsiendi teise arsti juurde (2). Eestis on ilmselt põhjuseks siinne arstide traditsiooniline tööjaotus. Vähemalt hormoonravi peetakse günekoloogide vastutusalasse kuuluvaks. Siiski pidas 81% perearstidest klimakteeriliste häirete ravi ka enda tööülesandeks. 82% perearstidest on piisavalt vahendeid günekoloogiliste patsientide raviks (14). Üld- ja erialakoolituse põhjal leiavad mõlemad kutserühmad, et nad on saanud selleks piisava ettevalmistuse. Ilmselt peavad perearstid oma tööülesanneteks nt algdiagnoosi panemist, eriarsti juurde ravile saatmist ja võimalike edaspidiste retseptide kirjutamist. Seda kõike väitsid nad kaebustega patsientide puhul tegevat. Võimalik on seegi, et vähemalt osa perearste sooviks kanda kogu ravivastutust, aga selleks ei leita aega või puudub põhjalik ettevalmistus. Hormoonravi määramine eeldab ka oskust ja võimalust teha günekoloogilist läbivaatust. Täienduskoolitust korraldatakse enam naistearstidele.

Uurimusega seotud spetsialistide küsitlustest selgus, et Eestis kasutavad üle 50-aastased naised günekoloogi teenuseid vähem kui reproduktiivses eas naised. Üleminekueast rääkimises ja potentsiaalsete ravivõimaluste pakkumises nähti vestluste käigus üht võimalust muuta suhtumist: enda tervise eest tuleb hoolitseda sõltumata east. Üleminekuiga võib pidada rahvatervishoiu seisukohalt oluliseks eluetapiks. Küsitlus näitas, et perearstid kohtuvad üle 55-aastaste naistega palju rohkem kui günekoloogid (10). See asjaolu kujutab endast üht võimalust parandada eakamate naiste ravi-võimalusi. Kui vanemad naised ei pöördu piisavalt sageli günekoloogi vastuvõtule, siis oleks pärast perearstide vastavat koolitust klimakteeriumiga seotud probleeme võimalik lahendada üldtervishoiutasemel.

Täname Mati Rahu, Piret Veerust, Alar Seppa, Ruudo Annust, Margus Lemberit ja Ivo Saarmat abi eest materjali kogumisel.

Kirjandus

1. Kirss F, Tuimala R. The prevalence of climacteric complaints and the use of HRT in Estonia. 5th European Congress on Menopause; 2000 July 1–5. *Maturitas* 2000;35(Suppl 1):75.
2. Stouthamer N, Visser AP, Oddens BJ, Beusmans G, Hoogland H, van Ree JW, Zuidweg J. Dutch general practitioners' attitudes towards the climacteric and its treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;50:147–52.
3. Saver BG, Taylor TR, Woods NF, Stevens NC. Physician policies on the use of preventive hormone therapy. *Am J Prev Med* 1997;13:358–65.
4. Holte A, Mikkelsen A. The menopausal syndrome: a factor analytic replication. *Maturitas* 1991;13(3):193–203.
5. Holte A. Influences of natural menopause on health complaints: A prospective study of healthy Norwegian women. *Maturitas* 1992;14(2):127–41.
6. Huhtaniemi I. Vaihdevuosien endokriiniset muutokset ja niiden fysiologiset seuraukset. *Duodecim* 1991;112:1043–51.
7. Hammar M, Berg G, Lindgren R. Does physical exercise influence the frequency of postmenopausal hot flushes? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990;69(5):409–12.
8. Limouzin-Lamothe M-A, Mairon N, Joyce CBR, De Gal M. Quality of life after the menopause; influence of hormonal replacement therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:618–24.
9. Hlatky MA, Boothroyd D, Vittinghoff E, Sharp P, Whooley MA. Quality-of-life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy. *JAMA* 2002;287(5):591–7.
10. Karttunen T. Vaihdevuosi-hormonihoidot Virossa - lääkäreiden suhtautuminen ja hoitokäytännöt. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. 2001.
11. Toiviainen H. Lääkäreiden vaihdevuosihoitokäytännöt. *Aiheita* 9/1997. Helsinki: Stakes, 1997.
12. Hemminki E, Topo P. Lääkäreiden käsitykset vaihdevuosien jälkeisestä hormonihoidosta. *Suomen Lääkärilehti* 1994;49:1975–7.
13. Andersson K, Pedersen AT, Mattsson L-Å, Milsom I. Swedish gynecologists' and general practitioners' views on the climacteric period: Knowledge, attitudes and management strategies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:909–16.
14. Lember M, Sarapuu H, Pikk A, Kalda R. Family planning and family doctors in Estonia. *Scand J Publ Health* 1999;27:235–6.

Summary

Perceptions of Estonian doctors concerning menopause and division of responsibility in its management

Purpose: To investigate Estonian physicians' perceptions of both menopause and treatment of climacteric symptoms, as well as their perceptions of the sufficiency and usefulness of education related to menopause.

Method: In 2000, a questionnaire was sent to a random sample of gynaecologists and family physicians (FPs) (n=500, response rate 68%).

Results: More than two-thirds of both gynaecologists and FPs said that menopause often requires treatment. They considered the most important treatments to be hormone therapy and physical exercise. Also counselling and discussion as well as reduction of smoking were regarded as very important by most physicians. The responsibility for the treatment of climacteric symptoms was regarded to rest both with gynaecologists and FPs. However, 94% of the FPs answered that they

refer patients with symptoms to some other specialist which most often was a gynaecologist. Knowledge gained during pregraduate or specialist education was considered useful for their current needs by 30% of gynaecologists and 39% of FPs. Nearly all (96%) gynaecologists and 36% of FPs said that they had received enough continuing education on menopausal symptoms.

Conclusion: According to most, but not all, Estonian physicians, menopause is a life event which requires treatment. If problems inherent to menopause are to be treated in public health services to a greater extent than previously, many FPs may need more continuing education on the topic.

tiinakar@nettilinja.fi,